

Materská škola, Stálicová 2, 821 02 Bratislava

Adresa ambulancie:

Všeobecný lekár pre deti a dorast (meno a priezvisko):

Vec: Pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa,
narodeného, bytom

súhlasím/nesúhlasím s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania.*

Tento súhlas sa vydáva podľa § 28a ods. 3 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V Bratislave dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára

* nehodiace sa preškrtnite